

Štátny zdravotný ústav v

Hlásenie výsledkov vykonaných vyšetrení v súvislosti s nezvyčajnou reakciou u očkovaného

Priezvisko a meno očkovaného:

Dátum narodenia:

Rodné číslo:

Adresa bydliska:

Čas trvania nezvyčajnej reakcie:

Bakteriologické vyšetrenie:

Odobraný materiál:

Dňa:

Nález:

Virologické vyšetrenie:

Odobraný materiál:

Dňa:

Nález:

Sérologické vyšetrenie:

Dátum odberu:

Metóda:

Nález:

Iné vyšetrenia (druh, materiál, dátum odberu, nález):

V dňa Podpis ošetrojúceho lekára:

Pečiatka zdravotníckeho zariadenia: